

Corps jaune hémorragique en deux temps

J. Kazadi Buanga, D. Garcés, F. de la Fuente *

RÉSUMÉ

Un hémopéritoine chez une femme jeune provient presque toujours de la rupture d'une gestation ectopique. Les auteurs rapportent un cas dû à la rupture d'un kyste du corps jaune et ils font une revue de la littérature pour dégager les signes sémiologiques et souligner la difficulté diagnostique à ventre fermé. Le traitement reste chirurgical avec extirpation du corps jaune.

SUMMARY

HEMORRHAGIC CORPUS LUTEUM IN TWO PHASES. — In a young woman, hemiperiton is nearly always the result of the rupture of an ectopic pregnancy. The authors report the case of the rupture of a cyst of a corpus luteum and they review the literature in order to identify the semiological signs and it highlight the difficulty of reaching a diagnosis by noninvasive methods. The treatment remains surgery, involving ablation of the corpus luteum.

* Departamento de Ginecología (Pr F. De La Fuente),
Clinica Universitaria de Navarra, Apartado 192, 31080
PAMPLONA, NAVARRA (Espagne).

A la suite des travaux de Lawson Tait, il est classiquement admis que la survenue d'un hémopéritoine chez une femme en âge de procréer est en grande partie due à la rupture d'une gestation ectopique [5]. D'autres causes, quoique rares et inhabituelles, ont été décrites parmi lesquelles figure la rupture d'un kyste du corps jaune [2, 6, 7]. Cet hémopéritoine nécessite une intervention [5, 7]. Nous présentons un cas de rupture d'un kyste du corps jaune avec hémopéritoine en deux temps. Au total, 4,5 litres de sang sont retirés de la cavité abdominale. A la première laparotomie, l'abdomen est refermé en laissant le corps jaune en place. Celui-ci a été enlevé lors de la seconde laparotomie motivée par une récurrence de l'hémopéritoine. Quelques points ont été commentés.

OBSERVATION

Mlle A.G., 23 ans, célibataire, nulligeste avec relations sexuelles est admise au 25^e jour du cycle pour lipothymie orthostatique, douleur abdominale vague, douleur pelvienne intense, brusque, fixée dans la fosse iliaque droite et incontinence rectale.

Dans les antécédents, on retrouve une ménarche à 14 ans, une formule menstruelle de 4/28, un traitement hormonal non spécifié pour irrégularités menstruelles.

A l'examen clinique, la patiente est calme, ne signale ni signes neuro-sympathiques de la gestation ni de troubles de la dernière menstruation. Elle présente une pâleur des conjonctives et de la muqueuse vaginale, une TA de 8/4, un pouls petit, de 100 à la minute. L'abdomen est souple, sans signe péritonéal ni signe de Cullen. Le toucher vaginal montre un utérus en anté-version-flexion, mobile, indolore, central et de volume normal; un col long, fermé, central de nullipare avec de la glaire cervicale à son orifice; les annexes sont normales.

L'hémogramme fait en urgence indique une anémie (hématies : 2 340 000, hémoglobine : 6 g/100 ml, hématoците : 24 p. cent) et une leucocytose de 34 320. Le test de grossesse est négatif. La ponction du Douglas ramène du sang brun incoagulable. L'échographie avec sonde vaginale montre un utérus en anté-version, régulier et central de 60 x 45 x 20 mm, un ovaire droit de 20 x 10 mm avec à son pôle supérieur un follicule de 5 mm, un ovaire gauche de 20 x 90 mm, le Douglas occupé par une structure écho-mixte compatible avec du sang.

Connaissant les limites de l'échographie pelvienne et la variabilité du test de grossesse dans le diagnostic d'une gestation ectopique, une laparotomie d'urgence est réalisée sous transfusion au cours de laquelle on retire de la cavité abdominale 2 litres de sang et quelques caillots organisés. On trouve sur l'ovaire droit un corps jaune ayant un orifice de rupture. Le saignement actif étant arrêté et après vérification méthodique de la cavité abdominale, on fait la toilette péritonéale, on place deux drains de Redon et on referme sans avoir extirpé le corps jaune.

Le premier jour post-opératoire a été sans incident, les constantes cliniques et biologiques sont revenues à la normale.

Au deuxième jour post-opératoire, l'état clinique et les constantes hématologiques se détériorent : les conjonctives redeviennent pâles, la TA s'effondre à 7/5, le pouls monte

à 110 à la minute, l'hémoglobine et les hématies tombent respectivement à 7 g et à 2500000. En une matinée, les drains ont donné 975 ml d'un sang rouge.

Sous la pression de son frère médecin, une aortographie abdominale est imposée. Celle-ci montre la présence d'une zone d'hypervascularisation irrégulière au niveau du pelvis compatible avec une altération de l'annexe droite sans signes d'extravasation du produit de contraste.

Une seconde laparotomie est exécutée en urgence : on retire de la cavité abdominale 2,5 litres de sang et quelques caillots. L'incision est élargie en vue d'une exploration complète de toute la cavité abdominale. On ne trouve rien. Cette fois, le corps jaune est enlevé bien qu'il ne présente pas de saignement à la pression. Transfusion, toilette péritonéale, drainage et suture.

L'anatomopathologiste nous a répondu: corps jaune hémorragique avec nécrose partielle.

Les suites opératoires de cette seconde laparotomie ont été satisfaisantes sous antibiotiques et anti-inflammatoires. La patiente a quitté la Clinique avec une cicatrice xypho-pubienne, signe d'une intervention pour une cause si inhabituelle et si minime mais qui en valait la peine.

COMMENTAIRES

Les différents auteurs qui ont étudié l'hémopéritoine secondaire à une rupture d'un kyste lutéal ont relevé certains points qu'il nous semble utile de rappeler :

- l'âge jeune des patientes (20-35 ans) [2, 7] ;
- sa survenue exclusive dans la seconde moitié du cycle (14-31 jours après la dernière menstruation) et sa localisation préférentielle à droite [2, 3] ;
- la difficulté d'avoir un diagnostic initial correct malgré l'échographie [1, 4] car la présence d'un syndrome douloureux pelvien associé à la vacuité de l'utérus et à l'existence d'un épanchement dans le Douglas plaident en faveur d'une gestation ectopique rompue. La cœlioscopie trouve ici une indication majeure ;
- la cause de cette rupture hémorragique n'est pas, précise : on a évoqué un traumatisme, si minime soit-il, la fragilité de la structure vasculaire par imbibition progestative [2] ;
- le traitement chirurgical, consistant en une résection ovarienne (extirpation du corps jaune), assure la guérison et permet une étude histologique qui redresse le diagnostic [2, 3].

RÉFÉRENCES

1. Belhassen A., Aubineau J.M., Bouverne B., Gautier P. — Kyste lutéinique rompu associé à une grossesse tubaire contro-latérale méconnue. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris), 1987, 16, 189-194.

2. Hallat J.G., Steele C.H., Snyder M. — Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum : a study of 173 surgical cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1984, 149, 5-9.
3. Hibbard L.T. — Corpus luteo surgery. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1979, 135, 666-670.
4. Lemaire P., Bourgeot P., Puech F., Leroy J.L., du Bois R., Delecour M. — Échographie du corps jaune. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1985, 14, 187-193.
5. Mondor H. — Abdomen. *Diagnostics urgents*, pp. 589-640, Paris, Masson, 1937.
6. Picaud A., Bennani S., Mba Allo L., Mouelly G., Nloma-Nze A.R., et Ogowet-Igunu N. — Causes inhabituelles des hémopéritoines d'origine génitale. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1990, 19, 441-445.
7. Rosenthal A.H. — Rupture of the corpus luteum, including four cases of massive intraperitoneal hemorrhage. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1960, 79, 1008-1011.
8. Soffer Y., Schreyer P., Caspi E. — Hémopéritoine idiopathique de la femme jeune. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1975, 4, 971-974.